

Möödunud on aasta kiirabireformi käivitumisest

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Intervjuus Eesti Arstile hindas Sotsiaalministeeriumi asekanstsler Ivi Normet kiirabireformi käivitumist üheks kordaminekuks meie meditsiinisüsteemis 2014. aastal (1).

Eesti Kiirabi Liidu juhatuse esimees dr Ago Kõrgvee selgitas, et kõnealuse reformi eesmärk oli tagada kiirabiteenuse kiire kättesaadavus ja kvaliteet, muuta kiirabi struktuur ja korraldus vastavaks muutunud oludele. Viimastel kümnenditel on inimesed koondunud elavama majandusega piirkondadesse. See tingis ka vajaduse nihutada kiirabibrigaadide ja baaside asukohti inimeste elupaikadele lähemale. Teine eesmärk oli dr Kõrgvee sõnul kontsentreerida kiirabiteenuse osutamine suuremate asutuste pädevusse. See võimaldab tõhusamalt korraldada töötajate koolitust, võtta lihtsamini kasutusele ajale vastavat tehnoloogiat ja tagada kiirabitöö parem kvaliteet.

Praegu ongi Eestis kokku 10 kiirabiasutust varasema 24 asemel. Neist 5 suuremat on Tartu kiirabi (22 brigaadi), Tallinna kiirabi (20 brigaadi), Karelli kiirabi (17 brigaadi), PERHi kiirabi (12 brigaadi) ning Pärnu Haigla kiirabi (9 brigaadi). Teistest asutustest osutavad kiirabiteenust Narva Haigla (4 brigaadi), Kuressaare Haigla (3 brigaadi), Valga Haigla (3 brigaadi), Lõuna-Eesti Haigla (3 brigaadi) ning Tõrva Tervisekeskus (3 brigaadi). Kokku töötas Eestis 2014. aasta lõpu seisuga 96 kiirabibrigaadi ning 1400 kiirabitöötajat.

Ago Kõrgvee andmeil lisandub 2015. aastal veel 7 kiirabi õebrigaadi. Kiirabi-arstiga brigaade on 17, ülejäänud on õebrigaadid. Arstibrigaadide hulka kuulub ka 6 reanimobiilibrigaadi, 3 Tallinnas ja 3 Tartus. Oluline on riiklikult tagada piisav hulk arstibrigaade igas maakonnas/regioonis arstliku otsustuspädevuse ja abi kvaliteedi tagamiseks. Kiirabibaasid peaksid olema paigutatud Eesti territooriumil selliselt, et kõrge prioriteediga väljakutse korral jõuab

brigaad 90%-l juhtudest sündmuskohta 15 minutiga, ütles dr Kõrgvee.

Edaspidi saab nii politseile, päästeteenistusele kui ka kiirabile esitada väljakutse häirekeskuse ühisel telefoninumbri 112. See on kindlasti kergendus hädasolijatele, kuid esitab kõrgendatud nõudeid häirekeskuse dispetšerile. Dr Kõrgvee arvates tuleb senisest enam tähelepanu pöörata dispetšerite koolitusele. Nende hinnangust abivajajatelt saadud teatele sõltub, kui kiiresti ja milliste jõududega peab kiirabi sündmuskohale jõudma. Lisaks häirekeskuste dispetšerite koolitamisele on väga oluline Eesti inimeste koolitamine, et nad teaks, millistel puhkudel kiirabi kutsuda ning kuidas seda korrektselt teha. See on väga suur tegemata töö. Samuti ei saa jätta viskamata kivi Terviseameti kapsaaeda, kes ei ole suutnud häirekeskusele formuleerida kiirabi väljasõidukorda ehk siis juhendit, millal on patsiendile üldse vaja kiirabi ning millisel tasemel see olema peaks.

Kiirabi rahastatakse täielikult riigieelarvest. Sel aastal on selleks ette nähtud üle 36 miljoni euro. Sellest summast rahastatakse ka töötajate pidevat täienduskoolitust. On ette nähtud, et kiirabitehnik peab aastas läbima 40 tundi, kiirabi-arst ja -õde 60 tundi koolitust. Koolituskeskused on Tartu ja Tallinna Kiirabi ning PERHi juures. Koolitusprogrammid on kooskõlastatud, tehnikuid ja õdesid atesteeritakse vastavalt nende oskustele. Näiteks sõltub Tartu Kiirabis töötaja kategooriast tema tunnitase. Dr Kõrgvee selgitas, et koolituskursused hõlmavad nii teoreetilist õpet kui ka praktilisi treeninguid mulaažil või mannekeenidel. Regulaarselt korraldatakse ka õppusi välitingimustes koos politsei ja päästeteenistusega, et harjutada koostööd eriolukordade lahendamisel. Eesti Kiirabi Liidu algatusel on koostöös Terviseameti-ga koostatud osutatud abi hindamise kvaliteediindikaatorid ning tüüpksitluse



Väino Sinisalu

juhendid nii hospitaliseerimist eeldavate kui ka hospitaliseerimist mitte-eeldavate haigusjuhtude lahendamiseks.

A. Kõrgvee toonitas, et tänapäeval on kiirabi varustatud moodsate vahenditega tõhusa ja kvaliteetse erakorralise meditsiiniabi andmiseks. Väljatöötamisel oleva e-kiirabi kontseptsiooni järgi saab tulevikus kiirabikaardi vormistada elektroonselt ja see on võimalik e-tervise andmebaaside kaudu saata haiglasse juba siis, kui haige on sinna teel. A. Kõrgvee rõhutas, et lisaks brigaadide tehnilise varustatuse pidevale ajakohastamisele on välja töötatud ja ajakohastatud ka kiirabi tegevuse õiguslik taust. Valitsuse määrus kiirabi, politsei ja päästeteenistuse ning haiglate koostöö korra kohta vaadati viimati üle 2014. aastal. Eesti Kiirabi Liit on ühtaegu nii töötajate kutseorganisatsioon kui ka kiirabiasutuste esindaja.

A. Kõrgvee andmetel on mitmes teiseski riigis aru saadud meditsiinilise kiirabi otstarbekusest ja näiteks Skandinaavia maades on see loomisel. Eesti oludes on A. Kõrgvee hinnangul meditsiiniline kiirabi hädavajalik. Ühelt poolt võimaldab praegune süsteem kontsentreerida kvaliteetse erakorralise meditsiiniabi osutamise vähesesse suurematesse ravikeskustesse. See võimaldab optimeerida kõrgtehnoloogilise aparatuuri ja vahendite kasutamist. Teiselt poolt kompenseerib kiirabi perearstiabi korralduse puudujääke, selle teenuse seni väga ebaühtlast kättesaadavust pärast tööpäeva lõppu.

TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonna (EMO) juhataja Kuido Nõmme hinnangul ei ole õebrigade suurem osakaal kiirabis kindlasti abi kvaliteeti halvendanud. Tõsi, õebrigadid toovad haige EMOSse veidi kergekäelisemalt, kuid see ei kahjusta haiget. Õebrigadidel on alati võimalik konsulteerida reanimobiilibrigadi arsti või EMO valvearstiga. Ka dr Nõmme hinnangul on kiirabiteenistuse kitsaskohaks häirekeskuse dispetšerite vähene pädevus, kes ei suuda alati õigesti otsustada, kas tuleks välja saata arsti- või õebrigad. Heaks peab K. Nõmme kiirabitöötajate koolituse korraldust ja tema hinnangul tuleks seda ka paljudel teistel erialadel eeskujuks võtta.

Nii kiirabi kui ka EMO tööle on K. Nõmme hinnangul suureks koormaks perearstiabi vähene kättesaadavus töövälisel ajal. See koormab neid üksusi ülesannetega, mis ei

nõua vältimatut sekkumist ja mida saaks edukalt lahendada perearst, kui haige tema jutule pääseks. Selline praktika põhjustab õhtutundidel nii EMO kui ka kiirabi suure töökoormuse ja abivajajate järjekorra, mistõttu võivad kannatada kohest abi vajavad haiged. K. Nõmme kogemuse järgi võiks perearstiabi olla kättesaadav kuni kella kümneni õhtul.

Julia Lezik – neli aastat kiirabis töötanud õde – on veendunud, et enamikul juhtudel on õebrigad piisavalt pädev, et osutada adekvaatset abi. Alati on neil võimalus nõu pidada reanimobiili arsti või EMO arstiga. Õebrigadi koosseisus on kaks õde ja kiirabitehnik, üks õde on brigadi vastutav juht ja üldjuhul on tal erakorralise meditsiini õe kvalifikatsioon. Ka J. Lezik on oma kogemuste alusel seda meelt, et ligi poolte visiitide korral ei vaja haige tegelikult kiiret abi. Sageli kutsutakse kiirabi, et pääseda kiiresti haiglasse, sest järjekorrad on väga pikad, mõnikord tahetakse lihtsalt nõu küsida. Perearsti infotelefon ei ole praegu piisavat kasutamist leidnud. Samas peab J. Lezik positiivseks seda, et häirekeskus enamasti ei keeldu kiirabi väljasaatmisest, sest sagedasti ei oska abi kutsuja ega dispetšer olukorda adekvaatselt hinnata ja nii välditakse, et kiiret abi vajavad juhtumid ei jää tähelepanuta.

J. Lezik peab heaks tehnoloogiliseks uuenduseks 2014. aasta lõpust rakendatud M-GIS süsteemi, mille abil juhatatakse kiirabiauto õigeimat teed pidi sündmuskohale, samuti on brigadil teel olles võimalik lugeda, mida on abi kutsuja ja dispetšer omavahel rääkinud. Nii on brigad paremini informeeritud ees ootavast olukorrast. J. Leziki hinnangul on Eesti inimesed esmaabi ja elustamise võtetega üldiselt rahuldavalt kursis.

Aasta on liiga lühike aeg, et hinnata kiirabireformi efektiivsust või selle puudujääke. Ago Kõrgvee hinnangul ei ole kiirabireformis midagi uut, vaid on järgitud juba varem loodud kiirabiteenistuse arengukava aastateks 2007–2013. A. Kõrgvee soovib Eesti Arsti kaudu tunnustada kõiki kiirabitöötajaid, kes on jäänud uudses olukorras kiirabile lojaalseks.

KIRJANDUS

1. Filippov M. Ivi Normet: pikas perspektiivis muutuvad maakonnahaiglad tervisekeskusteks. Eesti Arst 2014;93:613–5.